

Lisa Malén Krokengen
Kaia A. Kleiven

Hvilke faktorer hos sykepleier kan påvirke smertelindring til opioidavhengige innlagt i somatisk sykehus?

Mai 2019

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Bacheloroppgave

2019

Lisa Malén Krokengen
Kaia A. Kleiven

Hvilke faktorer hos sykepleier kan påvirke smertelindring til opioidavhengige innlagt i somatisk sykehus?

Bacheloroppgave
Mai 2019

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Hvilke faktorer hos sykepleier kan påvirke smertelindring til opioidavhengige innlagt i somatisk sykehus?

16.05.2019

Deltakere:	Lisa Malen Krokengen Kaia Kleiven	
Veileder:	Siri Ødegaard Fossum	
Nøkkelord:	Opioidavhengighet, sykepleie, kunnskap, holdninger, smertelindring	
Antall sider/ord: 46 sider, 10820 ord	Antall vedlegg: 4	
<p>Bakgrunn: Det finnes omfattende forskning på smerte og smertelindring, men lite om smertebehandling av rusavhengige pasienter. Derimot er underbehandling av smerter hos denne pasientgruppen godt dokumentert. Holdninger, stigmatisering og utilfredsstillende kunnskap hos helsepersonell er faktorer som kan bidra til dette.</p> <p>Hensikt: Hensikten med oppgaven er å finne ut hvilke egenskaper, og bakgrunnen for handlingsvalg som tas av sykepleier, som kan påvirke smertelindringen hos opioidavhengige innlagt i somatisk sykehus. Herunder egenskaper som holdninger, kunnskap og erfaringer, samt handlingsvalg som kan være påvirket av egenskapene og stigmatisering.</p> <p>Metode: Litteraturstudie med fire kvalitative og to kvantitative artikler som belyser tema for valgt problemstilling. Valgte artikler er funnet i databasene; Medline (Ovid), Cinahl og Swemed +.</p> <p>Resultat: Basert på funn i artiklene er hovedfunnene at helsepersonell generelt har lav kunnskap knyttet opp mot smertelindring av opioidavhengige pasienter, og at sykepleiers holdninger er til hinder for god pasientomsorg. Disse holdningene er i stor grad relatert til utilfredsstillende kunnskap og kompetanse. Funn tyder på at bedre bruk av kartleggingsverktøy rettet mot smerte, og kartlegging av bruks – og avhengighetstype, samt økt kunnskap kan føre til bedre smertelindring, og bedre pasientpleie.</p> <p>Konklusjon: Funn gjort i forskningslitteratur og annen litteratur konkluderer med at sykepleiere ikke har tilfredsstillende nok kunnskap om smertelindring til denne pasientgruppen, og at holdninger og stigmatisering relatert til utilfredsstillende kunnskap er funnet til å bidra til inadekvat smertelindring. Bruk av kartleggingsverktøy har blitt funnet til å være lite brukt, og ansett som ikke nødvendig, til tross for at studier viser viktigheten og nytten av kartlegging.</p>		

ABSTRACT

Title		Which factors in nursing may influence the pain management of inpatients with opioid addiction?	
		16.05.2019	
Participants:		Lisa Malen Krokengen Kaia Kleiven	
Supervisor:		Siri Ødegaard Fossum	
Keywords:		Opioid addiction, nursing, knowledge, attitudes, pain management	
Number of pages/words: 46 pages, 10 820 words	Number of appendix : 4		
<p>Background: There is extensive research on pain and pain relief, but little on the pain management of patients with opioid addiction. However, undertreatment of pain within this patient group is found to be well documented. Attitudes, stigmatization and unsatisfactory knowledge are factors that can contribute to this.</p> <p>Purpose: Identify which characteristics, and the background for choice of action taken by the nurse, which can affect the pain relief in the opioid addictive inpatient. Including qualities such as attitudes, knowledge and experiences, as well as choices of action that can be influenced by the characteristics and stigmatization.</p> <p>Methods: Literature study with four qualitative and two quantitative articles that highlight the theme of the chosen issue. Selected articles are found in the following databases; Medline (Ovid), Cinahl and Swemed+.</p> <p>Results: Based on findings in the articles, the main findings show that health professionals have low knowledge related to pain relief of the opioid-addicted patient, and that nursing attitudes prevent good patient care. These attitudes are to a great extent related to unsatisfactory knowledge and competence. Findings indicate that better use of mapping tools aimed at pain, and mapping of use and addiction type, as well as increased knowledge, can lead to better pain relief, and better patient care.</p> <p>Conclusion: Findings made in research literature and other literature conclude that nurses do not have enough knowledge about pain relief for this patient group, and that attitudes and stigmatization related to unsatisfactory knowledge have been found to contribute to inadequate pain relief. The use of mapping tools has been found to be of little use, and not considered necessary, despite studies showing the importance and usefulness of this measures.</p>			

*Varme hjerter, varme hjerter
Det er hva vi trenger mest
På en jord hvor gråt og smerte
Sorg og nød er velkjent gjest*

Trygve Bjerkeim

Innhold

1.0 INNLEDNING	6
2.0 BAKGRUNN	7
2.1 Rusmidler	7
2.1.1 Rusmiddelavhengighet	8
2.1.2 Opioider	8
2.1.3 Analgesi	8
2.1.4 Toleransetvikling	8
2.1.5 Abstinens	9
2.1.6 Pseudoavhengighet	9
2.1.7 Opioid-indusert hyperalgesi	9
2.2 Sykepleie fag og funksjon	9
2.2.1 Sykepleiediagnose og sykepleieprosessen	10
2.2.2 Smertekartlegging	10
2.2.3 Smertefysiologi	11
2.3 Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus	11
2.4 Joyce Travelbee	12
2.4.1 Menneske-til-menneske-forholdet	12
2.5.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	14
2.5.2 Holdninger	15
2.5.3 Stigmatisering	15
2.5.4 Holisme	15
2.5.5 Livskvalitet	16
2.6 Lovverk	16
2.7 Hensikten med oppgaven og presentasjon av problemstilling	17
3.0 METODE	17
3.1 Litteraturstudie	17
3.2 Søkestrategi	18

3.3 Utvalg av artikler	18
3.3.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier	19
3.4 Analyse	19
4.0 RESULTATSPRESENTASJON.....	21
4.1 Sammenstilling av hovedfunn	27
5.0 DISKUSJON	28
5.1 Kunnskaper om smertelindring til opioidavhengige	28
5.2 Holdninger og stigmatisering	32
5.3 Kontekstuelle faktorer som kan påvirke pasientbehandling	36
5.4 Kildekritikk	38
6.0 KONKLUSJON	38
LITTERATURLISTE	40
Vedlegg 1.....	43
Vedlegg 2.....	45
Vedlegg 3.....	45
Vedlegg 4.....	46

1.0 INNLEDNING.

Rusavhengighet er et omfattende globalt helseproblem. Dette helseproblemet belyses av rapporter om bruk av opioider samt registreringer av dødsfall på grunn av bruk av narkotika. Bare i Norge viser rapporter at mellom 78 000 og 120 000 menn i alderen 15-79 år, og mellom 42 000 og 73 000 kvinner har brukt et narkotisk stoff i løpet av ett år (Meld. St. 30 (2011-2012)). Det ble i 2016 registrert 282 dødsfall i Norge som skyldes bruk av narkotika. Misbruk av opioider som morfin, kodein, heroin og oxycontin er årsaken til 87 % av disse dødsfallene. Tidligere har heroin vært den hyppigste dødsårsaken, men i 2016 sto opioider som legemidlene morfin, kodein og oxycontin for 35 % av dødsårsakene, mens heroin sto for 27 % (FHI, 2018).

Langtidsbruk av opioider har flere negative utfall, som for eksempel at brukeren kan utvikle toleranse for det opioidet som brukes. Det vil si at dosen må økes for å oppnå samme effekt som tidligere. Ved rask seponering av preparatet kan brukeren også oppleve abstinenser, og tilbakefall av symptomer (Meld. St. 30 (2011-2012)). Opioidavhengighet øker også risikoen for sykkelighet og dødelighet. I tillegg til dette er det økt risiko for atferd knyttet til kriminalitet og prostitusjon for å finansiere forbruket av opioider (Helsedirektoratet, 2016).

Ifølge internasjonale studier er sykdommer og skader relatert til rusmidler en hyppig årsak til sykehusinnleggelse. Smertelindring til opioidavhengige pasienter er særs krevende, dels på grunn av deres toleranseutvikling for opioider, og på grunn av at denne type avhengighet stimulerer nevropsykologiske, sosiale og atferdsmessige responser. Dette fører igjen til at smerteopplevelsen forsterkes, og vanskeliggjør en tilfredsstillende smertelindring (Li et al., 2012).

Verdens helseorganisasjon definerer rusmiddelavhengighet som «et syndrom bestående av kognitive, atferdsmessige og fysiologiske symptomer», som bevitner at en person har nedsatt kontroll på bruk av rusmidler (WHO, 2019). Endringer i sentralnervesystemet oppstår etter langvarig bruk av opioider, og ledsages av økt toleranse, hyperalgesi (økt følsomhet for smerte), abstinensreaksjoner ved minimert tilførsel av opioider og endringer i motivasjonsbanene i hjernen (Li et al., 2012). Derfor er kunnskap om rusmiddelavhengighet og bruk av opioider viktig at sykepleier innehar, siden det blant annet er sykepleiere som møter disse pasientene ved innleggelse i somatisk sykehus.

På de fleste norske sykehus er sykepleieren den som både administrerer smertestillende til pasienter, og er den som har tett og kontinuerlig kontakt med pasienten gjennom oppholdet. Dette betyr at det er sykepleieren som står for mesteparten av kommunikasjonen mellom pleier og pasient, og dermed også mottar informasjon om pasientens tilstand, inkludert deres smertetilstand. Funksjonen til sykepleieren er som kjent å pleie, behandle, lindre og vise omsorg til pasienter og pårørende, slik de er pålagt gjennom de yrkesetiske retningslinjene (Sneltvedt, 2016).

Utdypning av yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er særs relevant i denne sammenheng, og sier at «grunnet for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleier forbund, 2016). På bakgrunn av disse vil det også være aktuelt å nevne gjeldene lovbestemmelser som gjelder helsepersonell.

2.0 BAKGRUNN

2.1 Rusmidler

Mørland og Waal (2016) beskriver rusmidler som; psykoaktive avhengighetsskapende stoffer. Svært mange kjemiske substanser kan påvirke hjernen, og noen av disse stoffene brukes som legemidler fordi de virker på en bestemt måte i hjernen. Bruken av disse legemidlene kan føre til at hjernen innstiller seg etter tilførselen av stoffet, og kan gjøre det vanskelig for vedkommende å seponere bruken. Disse egenskapene gjør at legemidlene blir betegnet som psykoaktive avhengighetsskapende stoffer. For at stoffet skal få betegnelsen «rusmiddel» forutsetter dette at det er noe attraktivt ved bruken av stoffet, sånn at det på den måten oppstår et ønske om å gjenta inntaket. Omfattende deler av hjernen er involvert direkte og indirekte, men helt sentralt står personens ønske om å bruke stoffet på nytt, og lengter etter nytt inntak. Disse reaksjonene utvikles etter gjentatt bruk over en tidsperiode. Biologisk sett aktiverer rusmidlene nevrobiologiske prosesser i hjernen, som kan føre til at stoffene oppleves som viktige for personen. Konteksten og handlingene som er relatert til inntak av rusmiddelet oppleves som positivt, og skaper etterhvert en avhengighet.

2.1.1 Rusmiddelavhengighet

Avhengighet defineres som «et fenomen sammensatt av tankemessige, atferdsmessige og fysiologiske forhold der en bestemt atferd (bruk av rusmidler) får en høyere prioritet enn annen atferd som tidligere var av stor verdi» (Håkonsen, 2014, s. 380). En fenomenologisk beskrivelse etter Mørland og Waal (2016) av definisjonen er også at «rusmiddelavhengighet er handlinger som gjentas på tross av negative erfaringer, sanksjoner og fordømmelser hvor aktøren etter nøye overveielser kan beslutte seg til å slutte, men så likevel ofte gjentar handlingen» (Mørland og Waal, 2015 s. 20).

2.1.2 Opioider

Tidligere skilte man mellom to grupper opioider: stoffer som finnes naturlig i opiumsvalmuen, som først og fremst omfatter morfin og kodein, og andre stoffer som fremstilles syntetisk, men har samme virkning. Stoffene som finnes naturlig i opiumsvalmuen ble tidligere kalt opiater, mens stoffene som ble fremkalt syntetisk ble benevnt som opioider. Dette er medikamentene legemiddelindustrien fremstilte som smertestillende medikamenter. Begge gruppene virker på samme måte i hjernen, og man har derfor gått over til å kalle alle stoffer med denne virkningen opioider. Alle opioider som finnes tilgjengelig som legemidler, kan også brukes til rusformål (Mørland og Waal, 2016).

2.1.3 Analgesi

Analgesi, den smertestillende virkningen, er den viktigste terapeutiske virkningen til alle opioider. Denne virkningen vil også være tilstede i uttalt grad etter inntak av virkningsfulle rusdoser, og reduserer smerteopplevelsen (Mørland og Waal, 2016).

2.1.4 Toleranseutvikling

Det er betydelig grad av toleranseutvikling for de fleste opioidvirkningene etter gjentatt opioidbruk. Doser som kunne ført til død hos naive brukere, kan inntas risikofritt hos brukere som gradvis har økt enkeltdosene over tid. Hos pasienter med smerter kan man se doseøkninger ved langtidsbehandling med forskjellige opioider for at ønsket smertelindring skal oppnås. Toleranse for smertestillende virkning kan også utvikles ved mekanismer som øker den proinflammatoriske aktiviteten i gliaceller. Dette kan gi smerte med behov for økt opioiddose.

Dette vil derfor kunne fremstå som toleranseutvikling for den smertestillende virkningen (Mørland og Waal, 2016).

2.1.5 Abstinens

Avbrytes opioidtilførselen, tilkommer det abstinenssymptomer. Belønning– og stemningsleie vil være redusert, motsatt av hva som oppstår ved den kontinuerlige opioidtilførselen. Dette kan igjen gi økt smertefølelse. Symptomene debuterer gjerne i løpet av de første 6-12 timene etter siste opioidinntak, og vil være preget av autonom sympatisk overaktivitet med uro, angst, svetting og dilaterte pupiller. Rask hjertefrekvens, hypertensjon, tremor og diare kan også være symptomer på abstinens (Mørland og Waal, 2016).

2.1.6 Pseudoavhengighet

Begrepet pseudoavhengighet er hyppig brukt om pasienter som ikke oppnår tilfredsstillende smertelindring. Pasienter med underbehandlet smerte kan oppleves som sterkt fokusert på tilgjengelige medisiner og fremstå som narkotikasøkende (American Society of Addiction Medicine, 2001).

2.1.7 Opioid-indusert hyperalgesi

Opioid-indusert hyperalgesi er definert som en tilstand av smertefølelse forårsaket av eksponering for opioider. Tilstanden er preget av en paradoksal respons der en pasient som får smertebehandling med opioider, blir mer følsomme ovenfor visse smertefulle stimuli (Lee et al., 2011).

2.2 Sykepleie fag og funksjon

Norsk Sykepleier Forbund (u.å.) sier at sykepleierens særegne funksjon er: å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov.

Sykepleie som funksjon iverksettes blant annet gjennom omsorg og pleie. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Kunnskapen til sykepleieren kan deles inn i teoretisk, praktisk og etisk kunnskap: Teoretisk kunnskap utgjør fundamentet for å forstå, handle og reflektere. Dette danner grunnlaget for hvordan sykepleiere skal utøve sitt fag. Den praktiske kunnskapen omhandler det å beherske

teknikker, metoder og fremgangsmåter som er tilpasset de ulike pasientsituasjonene, og som er av sykepleiefaglig relevans. Erfaringskunnskap er den enkeltes sykepleiers samlede erfaringer, som er ervervet gjennom både livserfaring og yrkespraksis (NSF u.å.).

2.2.1 Sykepleiediagnose og sykepleieprosessen

Sykepleieren foretar en kontinuerlig datainnsamling i møte med pasienten, og på bakgrunn av den innsamlede informasjonen må sykepleieren tydeliggjøre hva som er sykepleiefaglig fokus. Resultatet av dette er en beskrivelse i form av en eller flere sykepleiediagnoser. «En sykepleiediagnose kan defineres som en klinisk vurdering av reaksjoner på aktuelle eller potensielle helseproblemer hos individ. En sykepleiediagnose utgjør grunnlaget for valg av sykepleietiltak for å oppnå resultater som sykepleieren er ansvarlig for» (Rotegård, Solhaug og Grov, 2015, s. 256-257). Problemdiagnoser viser til sykepleierens ansvar for å bidra til å løse eller avhjelpe pasientens aktuelle problemer relatert til ivaretagelse av grunnleggende behov.

Sykepleieprosessen består av en tilnærming til pleie og pleie, som innebærer en systematisk og vitenskapelig tilnærming. For å kunne yte best mulig sykepleie til pasienter i smerter, må sykepleieren samle inn nødvendig informasjon som synliggjør eventuelle problemer, planlegge, iverksette og vurdere sykepleietiltakene. Problemløsning på denne måten kalles for sykepleieprosessen. Gjennom vurderingsprosessen samler sykepleieren informasjon fra pasienten som hjelper sykepleieren til å planlegge og vurdere pleiestrategier. Smerte er sjeldent statisk, og derfor blir ikke smertevurderingen en engangsforeteelse. Å vurdere smertene er et viktig bidrag for å kunne gi god pleie, og arbeide for pasientens mål (McCaffery og Beebe, 2007).

2.2.2 Smertekartlegging

En grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter danner grunnlaget for å iverksette og evaluere en individualisert og systematisk smertebehandling. For å vurdere pasientens smerter kan sykepleieren benytte seg av ulike vurderingsskalaer. De endimensjonale skalaene omfatter blant annet skalaer som VAS (visuell analog skala), NRS (visuell numerisk skala) og FRS (ansiktsskala), og måler pasientens smerteintensitet. Ved hjelp av smerteskalaer kan pasienten selv gi en pålitelig vurdering av smerten. Skal vurderingsskalene være nyttige, må sykepleieren bruke dem aktivt i registrering av smerte og i evalueringen av smertestillende effekt. Mange avdelinger har en generell grunnregel om at pasienten ikke bør ha høyere

smerteverdi enn tre. Angis det en høyere score, bør pasienten få en ny dose analgetika, for deretter å vurdere smertebildet (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

2.2.3 Smertefysiologi

International Association for the study of pain definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade» (Winger og Leegard, 2016 s. 174).

Akutt smerte er smerte som «oppstår ved plutselig vevsskade, for eksempel kuttskader, brudd eller brannskader, fødsel og kirurgi» (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016, s. 394). Akutte smerter kjennetegnes ved at smerten avtar når årsaken leges, og at de har kort varighet. Det vil si mindre enn tre måneder (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). En viktig observasjon rundt smerter er om pasienten er stresset, da pasienter med smerter ofte har høy grad av stress. Fysiologiske tegn på smerter er; forhøyet blodtrykk, hurtigere puls, hurtigere åndedrett, utvidede pupiller og svetting. Atferdsmessige reaksjoner på smerte kan være at pasienten; har fokus på smerten, snakker om smerten, gråter og ynker seg, gnir på stedet med smerte, har økende muskelspenninger, rynker pannen og/eller lager grimaser (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

2.3 Sykepleie til personer med opioidavhengighet i somatisk sykehus

Tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for god og korrekt pleie av rusmiddelavhengige. Det innebærer et godt samarbeid mellom sykepleiere og lege. Mange sykepleiere kan føle at pleien og omfanget av helsesvikt hos denne pasientgruppen kan bli overveldende, og syntes det er vanskelig å vite hvordan en skal hjelpe. Derfor er en innledning av et koordinert og tverrfaglig samarbeid gunstig for både pasient og helsepersonell (Skoglund og Biong, 2012).

Personer som lider av opioidavhengighet har rett til helsehjelp som alle andre, og behandles individuelt. Det gjelder også behovet for smertelindring, der viktigheten av samarbeid mellom pasient og helsepersonell blir enda tydeligere. Det er mange misoppfatninger knyttet til behovet for smertelindring hos opioidavhengige. En vanlig misoppfatning som går igjen, er at pasienten kun manipulerer for å få rus. Rus- og abstinenssymptomer kan skjule sykdom og kliniske problemstillinger kan være vanskelige (Skoglund og Biong, 2012).

2.4 Joyce Travelbee

Joyce Travelbees teori omhandler sykepleiefagets mellomenneskelige dimensjon. Travelbee hevder at dersom man skal kunne forstå hva sykepleie er og bør være, må man ha en forståelse for hva som foregår mellom pasient og sykepleier, hvordan denne relasjonen kan oppleves, og hvilke konsekvenser det kan ha for pasienten og dens tilstand.

2.4.1 Menneske-til-menneske-forholdet

Travelbee definerer menneske-til-menneske-forholdet som; «erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien) får sine behov ivaretatt» (Travelbee, 2001, s. 177).

Sykepleier og pasient må gå igjennom fire faser for å etablere et menneske-til-menneske-forhold hvor sluttresultatet er gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient og/eller familien til pasienten. Disse fasene er; 1. det innledende møtet, 2. framvekst av identiteter, 3. empati og 4. sympati og medfølelse (Travelbee, 2001).

Det innledende møtet

Ved første møte med en ny pasient vil sykepleier observere, bygge opp antakelser og danne seg meninger om denne pasienten, på samme måte vil også pasienten gjøre dette ved første møtet med en sykepleier. Dette kalles for førsteinntrykk. Når vi observerer den andre er våre holdninger med på å legge til grunn for hva vi oppfatter. Tidligere opplevelser med andre mennesker som ligner på denne personen er med for hvordan vi oppfatter dette mennesket. De observasjonene, antakelsene og verdidommene vi har oppfattet danner grunnlaget for hvordan interaksjonsmønstret blir videre. Det er viktig at sykepleier og pasient forsøker å se hverandre som unike individer i stedet for som en sykepleier, pasient eller en diagnose (Travelbee, 2001).

Framvekst av identiteter

I denne fasen begynner sykepleier og pasient å se hverandre som unike menneskelige individer, og mindre som kategorien «sykepleier» og «pasient». Sykepleier kan begynne å fange opp hvordan pasienten føler, tenker og oppfatter situasjonen, mens pasienten begynner å oppfatte

sykepleieren som er unikt individ. Det er ikke like stor klarhet over det unike ved hver enkelt i denne fasen som i den neste, empatifasen (Travelbee, 2001).

Empatifasen

Empati er «evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket» (Travelbee, 2001, s. 193). Empati er en prosess hvor man er i stand til å se forbi den ytre atferden, og å kunne fornemme den indre opplevelsen til den andre. På denne måten kan man forstå hva den andre tenker og føler på et gitt tidspunkt. Resultatet av å ha empati for noen er at man kan forutsi den andres atferd fordi den empatiske sykepleieren kan oppfatte den andres plager, og se hva som er årsaken til disse plagene. For å kunne oppnå gjensidig tillit, forståelse og kontakt må empati være til stede i interaksjonen (Travelbee, 2001).

Sympati og medfølelse

Sympati og medfølelse defineres som «evnen til å tre inn i eller dele en annens følelser eller interesser» (Travelbee, 2001, s. 200). Sykepleier kommuniserer med pasienten på en måte som viser at hun bryr seg om han og gjerne vil hjelpe til i bedringsprosessen - ikke bare på grunn av at det er jobben til sykepleier, men fordi sykepleieren oppriktig bryr seg om pasienten. Som regel er det sykepleiers væremåte som formidler medfølelsen. Fravær av sympati og medfølelse i sykepleieprosessen har direkte innvirkning på den sykes evne til å mobilisere til kamp mot sykdommen. Medfølelse er ett skritt videre enn empati fordi den som har medfølelse for noen, aktivt går inn for å lindre plagene til den personen (Travelbee, 2001). «Bare ved å la seg involveres kan sykepleieren knytte seg til den syke som menneske til menneske, kommunisere meningsfylt og gi vedkommende støtte og hjelp i en vanskelig tid» (Travelbee, 2001, s. 206).

2.4.2 Kommunikasjon

I følge Travelbee er kommunikasjon et av de viktigste redskapene sykepleieren har. Kommunikasjon er en gjensidig prosess der individet deler eller overfører tanker og følelser. Kommunikasjon er essensielt, og en forutsetning for å kunne oppnå sykepleierens hensikt, det å kunne hjelpe pasienten til å mestre sin sykdomstilstand og lidelse. Kommunikasjon er avgjørende for interaksjonen mellom pasient og sykepleier. Travelbee hevder også at kommunikasjonsprosessen er et hjelpemiddel som kan hjelpe sykepleier til å etablere menneske – til menneske forholdet til den syke pasienten. Travelbee omtaler begrepet kommunikasjon på denne måten;

Det å bli kjent med pasienten er en like gyldig og nødvendig aktivitet som det å utføre prosedyrer og yte fysisk pleie. Hver interaksjon kan fremme bli kjent med prosessen. Hvis ikke interaksjonen bevisst betraktes som et medium for å nå målene, er det stor fare for at aktivitetene som sykepleieren utfører, blir satt foran mennesket som handlingene utføres for. (Kirkevold, 1998, s. 119)

Videre sier Travelbee at kommunikasjon kan ansees som en komplisert prosess som krever bestemte forutsetninger. Disse omfatter forskjellige evner, deriblant kunnskap, evne til å anvende kunnskapen, sensitive og mestring av ulike kommunikasjonsteknikker. (Kirkevold, 1998).

2.5 Etikk

Etikk er teori om moral, og har med verdier og holdninger å gjøre. Etske dilemmaer handler om verdier som blir utfordret, eller om konflikt mellom ulike verdier. Lovverket regulerer noe av dette, men etske refleksjoner er viktig for å oppnå moralsk handling (Brinchmann, 2016, s. 19).

2.5.1 Yrkesetske retningslinjer for sykepleiere

Yrkesetske retningslinjer for sykepleiere skal verne sykepleierens viktige verdier, og konkretisere hva god praksis skal være. Retningslinjene omhandler sykepleierens forhold til profesjonen, pasient, pårørende, medarbeidere og samfunn. De fleste mennesker har stor tillit til sykepleiere, og forventer ikke at sykepleiere misbruker sin tillit. Yrkesetske retningslinjer er en form for prinsippbasert etikk, som omhandler prinsippene «velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet», og kan også minne om pliktetikk. Pliktene og rettighetene er også uttrykt i gjeldende lovverk. Sykepleierens fundamentale plikt kan gjennom de yrkesetske retningslinjene formuleres i fire punkter; å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Dette ligger til grunn for drivkraften bak sykepleierens handlinger, ved å bruke sin egen kunnskap til å utføre sin plikt (Sneltvedt, 2016).

2.5.2 Holdninger

Holdninger er vurderende og dømmende i enten positiv eller negativ retning, og holdninger påvirker hvilken atferd sykepleier viser. Det er vanskelig å endre holdninger, men det er mulig gjennom tidkrevende og hardt arbeid (Håkonsen, 2014). Kunnskap og holdninger henger sammen fordi holdninger kan være et hinder for å tilegne seg ny kunnskap, mens manglende kunnskap kan føre til negative holdninger (Ververda, Hansen og Larsen, 2018). En holdning kan deles inn i tre forskjellige deler; «den tankemessige, den følelsesmessige og den atferdsmessige komponenten» (Håkonsen, 2014 s. 186). Dette handler kort fortalt om hva vi mener, føler og hvordan vi oppfører oss knyttet opp mot et emne. Ifølge Karoliussen (2011) er det å vise respekt for personens selvbestemmelsesrett den mest formålstjenlige holdningen en sykepleier kan innta overfor en pasient.

2.5.3 Stigmatisering

Begrepet stigma knytter seg opp til egenskaper som blir oppfattet negativt hos andre individer. Personene som har disse egenskapene blir oftest sett på som avvikere fra det som blir ansett som normalt. Dersom en har en lidelse som blir oppfattet som stigmatisert, kan en oppleve negativ respons fra omgivelsene, og dermed også fra hjelpeapparatet. Stigma omfatter ikke bare synlige egenskaper hos den enkelte, men kan også knyttes til egenskaper som andre tillegger vedkommende. Hva som oppfattes som stigma kan endre seg historisk, og variere fra ulike samfunn og kulturer. Det som oppleves stigmatiserende er det sosiale aktører til enhver tid vil definere negativt. Stigmatisering er den sosiale prosessen der personer blir tillagt egenskaper, som blir tilskrevet dem gjennom stigma. Stigma kan ansees å være en medvirkende årsak til at det fortsatt eksisterer fastlåste og negative holdninger i helsevesenet, og kan føre til at pasienten ikke får den helsehjelpen vedkommende har behov og rett til (Ytrehus, 2012). Sykepleier sin vurdering av rusmiddelavhengige sine behov kan bli påvirket av deres stigmatisering av pasientgruppen, noe som medfører at pasientene ikke mottar helsetjenester på lik linje som andre pasienter (Ververda, Hansen og Larsen, 2018).

2.5.4 Holisme

Holisme betyr helhetsforståelse, og i en holistisk tankegang inngår enhver del som en bestanddel i en større helhet. Alt henger dermed gjensidig sammen. Den holistiske tankegangen tar utgangspunkt i at man ikke kan forklare pasienten og dens atferd ut fra hvordan delene fungerer, men forstå pasienten som en helhet. Dette innebærer at man som pleier må ta i

betraktning at pasienten er mer enn kun det fysiske, det syke organet, diagnosen eller behandlingen. Man må forholde seg til mennesket som en helhet, og ta i betraktning alle de fenomener som hører menneskelivet til. En holistisk tilnærming betyr at pasienter må betraktes som medmennesker, og likestilte samarbeidspartnere når deres helsemessige problem skal forsøkt løses. Pasienten kan ikke bli objektivisert, men ansees som et likeverdig medmenneske. En holistisk tilnærming kan betraktes som et jeg – du forhold. Dette forholdet innebærer at relasjonen mellom sykepleier og pasient fremstår som likeverdig, og med et felles mål som er til pasientens beste. Sykepleieren er den som innehar kompetansen pasienten trenger, imens pasienten på sin side har erfaringer og forståelse av egen situasjon, som det er viktig at sykepleier innlemmes i (Odland, 2016).

2.5.5 Livskvalitet

Den norske psykologen Siri Næss har utviklet en definisjon av begrepet livskvalitet. Hun beskriver at en person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen er aktive, har samhørighet, har selvfølelse og har en grunnstemning av glede. Alle disse punktene utgjør til sammen livskvalitet, og ingen av punktene skal vektlegges mer enn andre. Næss bruker begrepene livskvalitet, og det å ha det godt om hverandre. Det å ha det godt knyttes opp mot det å være tilfreds med livet, og det første punktet som relateres til begrepet relateres til mening. Næss mener at man bør være opptatt av noe som oppleves som meningsfullt. Fellesskap må ha kvalitet, være nært, varmt og gjensidig, og må gjelde minst et annet menneske. Selvfølelsen trekkes inn i det tredje punktet. Dette inneholder selvsikkerhet, og følelsen av å mestre. Næss never også at livskvalitet handler om en grunnstemning av glede med fravær av uro og bekymring. Herunder også fravær av angst, nedstemthet, uro, ubehag og smerte (Rustøen, 2001)

2.6 Lovverk

Formålet med loven er å «bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1). Loven sier at alle pasienter har rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1b). Sykepleier har ansvar for å følge lovverket samt de yrkesetiske retningslinjene for å kunne tilby lik tilgang til tjenestene (Ververda, Hansen og Larsen, 2018). § 39 i Lov om helsepersonell omhandler plikten til å føre journal, og sier følgende; «Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i §40

i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell» (Lov om helsepersonell, 1999, § 39).

2.7 Hensikten med oppgaven og presentasjon av problemstilling

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvilke egenskaper, og bakgrunnen for handlingsvalg som tas av sykepleier, som kan påvirke smertelindringen hos opioidavhengige og andre smertepasienter. Herunder egenskaper som holdninger, kunnskap og erfaringer, samt handlingsvalg som kan være påvirket av egenskapene og stigmatisering.

Et annet område som er hensiktsmessig å søke etter nærmere informasjon om, er hvorfor sykepleiere i mange tilfeller kan være skeptiske og tilbakeholdne til administrering av smertelindrende medikamenter til denne pasientgruppen. Denne informasjonssøkingen vil gi et bedre svar på hvordan vitenskap, praksis og teori korrelerer med hverandre.

Vi har kommet frem til følgende problemstilling;

Hvilke faktorer hos sykepleier kan påvirke smertelindring til opioidavhengige innlagt i somatisk sykehus?

3.0 METODE

3.1 Litteraturstudie

Metoden som benyttes i denne studien er en litteraturstudie. En litteraturstudie er en grundig studie og tolkning av litteratur som omhandler et spesifikt tema. Ved å gjøre en litteraturstudie identifiserer man en problemstilling eller et spørsmål, og søker svarer på dette spørsmålet ved å søke etter og analyserer relevant litteratur gjennom en systematisk fremgangsmåte. Grundige søk og relevant litteratur vil gi ny innsikt til temaet ved å evaluere alt fagstoff sammen, og sette denne informasjonen i kontekst (Aveyard, 2014).

3.2 Søkestrategi

Søk etter artikler er gjort i databasene Medline (Ovid), Cinahl og Swemed+. Søkene er gjort i databasene som omhandler helsevitenskap og medisin, og inneholder en variasjon av søkeord med forskjellige kombinasjoner. For å finne frem til ønskede artikler er søkeordene valgt ut til å kunne gi et variert, men samtidig konkret resultat. Alle søkeord er kombinert med “AND” eller “OR” i søkeprosessen, og alle undertitler ble inkludert. Søkeordene ble forsøkt i alle databaser som omhandler helsevitenskap og medisin, for så å sammenligne resultatene. Artiklene er funnet i fulltekst, med unntak av en, og er skrevet innenfor årene 2012 - 2019. Søkeordene som resulterte i artikkelfunn inneholdt en variasjon av følgende søkeord; «pain management», «substance – related disorders», «hospitals», «opioid – related disorders», «acute pain», «health knowledge», «attitudes», «practice», «attitude of health personnel», «nurse – patient relations», «stigma», «health professionals», «smertebehandling», og «rusmisbrukere».

Forskjellige andre søkeord ble også forsøkt, men gav ikke relevante treff kombinert, eller resulterte ikke i treff som samsvarte med våre inklusjonskriterier. Disse ble i variasjon forsøkt med blant annet; «inpatient», «opioid abuse», «opioid dependent patient», «pain relief», «substance abuse», og «clinical competence». Fullstendig søkestrategi ligger vedlagt som vedlegg 1.

3.3 Utvalg av artikler

For å velge ut artiklene har vi valgt å følge anbefalinger av Dalland (2017); vurdere artiklene etter relevans for aktuelt arbeid, og etter kvaliteten på kilden. Artiklene må i størst mulig grad være tilstrekkelige nok til å besvare valgt problemstilling, både når det gjelder pålitelighet og relevans (Dalland 2017). Dette gjorde vi ved å se på tittel, og sammendrag på de artiklene som kom frem under våre søk. Deretter undersøkte vi hvor artiklene var utgitt for å se om kilden er troverdig nok ved hjelp av NSD - registeret over vitenskapelige publiseringskanaler. Vurderinger på om kilden er troverdig gjøres ved å stille spørsmål ved om hvem som står bak informasjonen som er publisert, og om den er publisert hos et seriøst tidsskrift eller annen aktør (Dalland, 2017). Artiklene som sto igjen etter denne utvelgelsen ble skimlet for å se om de fulgte IMRAD-struktur. Etter dette sto vi igjen med seks artikler som vi følte ville svare på vår problemstilling, hvorav fire av artiklene er kvalitativt rettet, og to er kvantitative. Kvantitative

metoder gir data i form av målbare enheter, for eksempel tall, mens kvalitative metoder gir ikke-målbare enheter som for eksempel meninger og opplevelser (Dalland, 2017)

3.3.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Viser til tabell nedenfor, som inneholder inklusjons- og eksklusjonskriterier for utvelgelse av forskningsartikler.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert	Ikke godkjent i NSD
IMRaD – struktur	Manglende IMRaD – struktur
Publisert etter 2009	Publisert før 2009
Akutt smerte	Kronisk smerte
Innlagt i somatisk sykehus, eller andre relaterbare avdelinger	LAR – behandling eller psykiatrisk fasilitet
Medikamentell smertebehandling	Alternativ smertelindring
Voksne pasienter	Barn og eldre
Artikler på norsk, svensk, dansk eller engelsk.	
Sykepleieperspektiv som omhandler holdninger, kunnskap eller erfaring	
Opioidavhengighet eller beslektet rusmisbruk	Artikler som vektlegger annet rusmisbruk, som alkohol.
«Include all subheadings»	

3.4 Analyse

Vi har gjort en tematisk analyse inspirert av Aveyard for å analysere funnene i artiklene. Det første som ble gjort var å lese artiklene kritisk og grundig med problemstillingen vår som utgangspunkt. Dette kaller Aveyard for «providing a critical summary of all your papers (Thidemann, 2015, s. 94). På trinn to leste vi kun resultatdelen av artiklene, og her begynner arbeidet med å identifisere temaer (Thidemann, 2015). Vi valgte å skrive funnene inn i tabeller for deretter å kunne sammenligne funnene fra de forskjellige artiklene med hverandre. På denne måten kunne vi se på hvilke temaer og påstander som utpekte seg. Underveis i dette arbeidet oppdaget vi at hovedtemaene var kunnskaper om smertelindring, holdninger og stigmatisering.

Det var også flere temaer som var interessante og gjennomgående funn i flere artikler, men som ikke passet inn under disse hovedfunnene, dermed valgte vi å ta med kontekstuelle faktorer som kan påvirke pasientbehandlingen. Dette er ifølge Aveyard å arbeide med temaer som ikke passer med hverandre (Thidemann, 2015).

4.0 RESULTATSPRESENTASJON

Artikkel 1	
Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain	
Forfatter(e)	Betty D. Morgan, 2014
Hensikt med studien	Utvide kunnskapen om sykepleiers holdninger og samspill med pasienter med rusmisbrukslidelser i smerte, og å produsere teori som vil bidra til større forståelse av problemet.
Metode	Databasert teoriutvikling. Individuelle intervjuer med semistrukturert intervjuguide. Kvalitativ studie.
Utvalg	Sykepleiere som arbeider med rusmisbrukslidelser med smerteproblematikk.
Hovedfunn	Pasientgruppen ble oppfattet til å ha lav toleranse for smerte, og ønsket ikke annen type smertelindring enn smertestillende medikamenter. Faktorer som kulturell bakgrunn, erfaring, utdanning, personlig oppfattelse av smerte og avhengighet spilte inn på hvordan sykepleier behandlet pasientgruppen. Pasientenes oppførsel ble beskrevet som utfordrende og krevende. Pasientene ble oppfattet som russøkende når de hadde krav til smertestillende medikamenter, og spurte etter behovsmedisin samtidig som ordinerte smertestillende medikamenter ble gitt. Barrierer på arbeidsplassen som påvirket sykepleiernes evne til å gi smertebehandling var; lav bemanning, manglende mulighet til å kontakte ordinerende lege, problemer med dokumentasjon og mangel på ressurser. Smertestillende medikamenter som ble ordinert som behovsmedisin gjorde det vanskelig å smertelindre pasientgruppen. Effekten av stigmatisering er misnøye blant både pasienter og sykepleiere som er omsorgsgivere. Stigmatisering fører til at sykepleiere bruker mindre tid med pasientene, gir kun fysisk behandling og kommuniserer ikke med pasientene. Sykepleiere viste mislighold av pasienter som var sinte eller fiendtlige. Tilstrekkelig smertelindring er ikke tilstede når sykepleier ikke får utdanning og verktøy for å endre negative holdninger.
Konklusjon	Det er behov for utdanning og videre forskning om smertebehandling av rusmisbrukere. Effekten av stigmatisering av pasientene er ofte ikke diskutert i helsevesenet. Utdanningsprogrammer kan være til stor nytte.
Relevans for oppgaven	Studien ser på sykepleiers holdninger og samspill med rusmisbrukere i smerte.

Artikkel 2

Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction

Forfatter(e)	Kurt A. Krokmyrdal og Randi Andenæs, 2015
Hensikt med studien	Vurdere sykepleiers selvopplevde kompetanse med tanke på smerte og smertelindring av opioidavhengige pasienter, og hvordan de søkte kunnskap om dette.
Metode	Beskrivende tverrsnittsdesign med spørreskjemaer. Kvantitativ studie.
Utvalg	Tilfeldig utvalgte sykepleiere på medisinsk og ortopedisk avdeling ved to offentlige sykehus.
Hovedfunn	Flertallet av sykepleierne mente de hadde tilstrekkelig kompetanse for å gi tilstrekkelig pleie eller å evaluere og behandle smerte til opioidavhengige pasienter. Majoriteten av sykepleierne mente at pasienter med opioidavhengighet overdrev smertene sine, var uærlige rundt smerteintensiteten og effekten av inntatte smertestillende. En tredjedel av sykepleierne mente at opioider brukt som analgetika forsterket pasientens avhengighet. Erfaring knyttet til arbeidsplass var det som hadde størst innflytelse på kompetanse. Dette ble mindre gjeldende etter fem års yrkeserfaring. Spesialistkurs ble sett på som et positivt virkemiddel for å forbedre kompetanse og kunnskap, men majoriteten av deltakerne hadde ikke deltatt på kurs som omhandlet smertelindring og avhengighet. Kollegaer ble sett på som en primær og betydelig kilde til kompetanse.
Konklusjon	Opioidavhengige pasienter mottar ikke adekvat smertelindring fordi sykepleiers kunnskap om evaluering og behandling av smerter for denne gruppen ikke er tilstrekkelig.
Relevans for oppgaven	Studien omhandler sykepleiers kunnskaper og holdninger til smertebehandling av opioidavhengige pasienter.

Artikkel 3

Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain

Forfatter(e)	Gerogina Morley, Emma Briggs og Gillian Chumley, 2015
Hensikt med studien	Få en dypere forståelse av sykepleiers erfaringer, og barrierene mellom sykepleiere og pasienter med rusmisbrukslidelse med smerteproblematikk ved å fokusere på sykepleiers erfaringer.
Metode	Fenomenologisk tilnærming hvor sykepleierens livserfaring var hovedfokuset.
Utvalg	Sykepleiere i alle aldersgrupper, med varierende yrkeserfaring og klinisk arbeidsområde.
Hovedfunn	En vanlig oppfatning var at pasienter med rusmisbruk er vanskelige, både deres smerter og situasjonen. Pasienter med rusmisbruk i smerte ble beskrevet som manipulerende, aggressive, lovløse, ikke troverdige, uhygieniske og generelt utfordrende. Mange av sykepleierne stadfestet derimot at pasientene var forskjellige, og trengte derfor en individuell og holistisk behandling og tilnærming. De tre mest erfarne deltagerne diskuterte at erfaring med denne pasientgruppen leder til bedre håndtering. Avvik i tilnærmingen mellom leger og sykepleiere ble funnet som utfordrende. Pasientgruppen forespurte ofte økte mengder av analgetika, eller spesifikke medikamenter i spesielle doser, noe som førte til mistanke om oppsøkende atferd. Kun en av deltakerne hadde kunnskap om utfordringene ved toleranseutvikling og hyperalgesi. Arbeidspress og bemanning påvirket smertelindringen, på grunn av at pasientene krevde mer tid og oppmerksomhet. Vanlig for denne pasientgruppen å ha komplekse sosiale og psykologiske behov, og ved å være oppmerksomme på dette kunne de legge til rette for samarbeidende, holistisk og personrettet pleie.
Konklusjon	Pasienter med rusmisbrukslidelser har høy risiko for inadekvat smertebehandling. Det må gjøres mer arbeid i klinisk praksis, forskning og utdanning for å forstå kompleksiteten i smertebehandlingen av denne pasientgruppen.
Relevans for oppgaven	Studien ser på sykepleiers erfaringer og barrierer som hindrer adekvat smertelindring av rusmisbrukere.

Artikkel 4

«Pain Is What the Patient Says It Is» Nurse-Patient Communication

Forfatter(e)	Laura E. Miller, Scott A. Eldredge og Elizabeth D. Dalton, 2017
Hensikt med studien	Utforske hvordan sykepleier opparbeider seg informasjon om smerte ved å søke informasjon om sykepleierens kommunikasjonsmetoder og hvordan dette påvirker administrasjon av smertestillende.
Metode	Kvalitativ studie med intervjuer. Del 1 besto av demografiske data, mens del 2 handler om deres erfaringer med å kommunisere med pasienter om smertenivåer spesifikt.
Utvalg	Sykepleiere med forskjellige utdanningsnivåer og spesialistutdanninger.
Funn	Verbal kommunikasjon ble hyppig brukt. Smerteskalaer som NRS ble brukt for å avklare pasientens smerter. Deretter søkte sykepleieren informasjon som kunne beskrive smertens lokalisasjon, beskrivelse og bakgrunn for smerten. Vurdering av nonverbal oppførsel ble også benyttet ved å vurdere pasientens væremåte, ansiktsuttrykk og atferd. Urolig kroppsspråk, pasienten turte ikke å bevege kroppsdeler i frykt av smerte, gjorde grimaser eller stønnet i søvne kunne gi informasjon om at pasienten var i smerte. Kliniske kjennetegn som økt blodtrykk og puls, kaldsvette, respirasjonsmønster og distraksjon, ble brukt for å vurdere pasientens smerteintensitet på smerte. Verbal og non-verbal kommunikasjon korrelerte ikke alltid med hverandre. Sykepleier oppga en følelse av å stå imellom pasient og lege, hvor pasienten hadde behov som legen enten ikke hadde tid til å ta stilling til, eller ikke tok hensyn til, og sykepleier ble stående imellom uten muligheten til å gjøre tiltak.
Konklusjon	Grunnleggende etiske prinsipper kan hjelpe sykepleier til å ta beslutninger som gir optimal smertebehandling for alle pasienter. Objektive, etiske beslutninger i smertebehandling kan føre til pasienttilfredshet og tillitt.
Relevans for oppgaven	Studien ser på hvordan sykepleier kan påvirke administrasjonen av smertestillende med tanke på kommunikasjon.

Artikkel 5

Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery

Forfatter(e)	Leonieke C. van Boekel, Evelien P.M. Brouwers, Jaap van Weeghel og Henk F.L. Garretsen, 2013
Hensikt med studien	Se på helsepersonells holdninger mot pasienter med rusmisbrukslidelser, og hvilke konsekvenser negative holdninger har på helsetjenesten i vestlige land.
Metode	Litteraturstudie.
Utvalg	28 studier; 12 fra Australia, 7 fra Storbritannia, 5 fra USA, 1 fra Canada og 1 fra Irland. I tillegg en studie som sammenligner 8 forskjellige europeiske land, og en studie som sammenligner helsepersonells holdninger i USA og Storbritannia.
Funn	Helsepersonell har generelt en negativ holdning mot pasienter med rusmisbrukslidelser. 35 fagfolk fra en kvalitativ studie foretrekker at pasientomsorgen for disse pasientene skal gis utelukkende av avhengighetsspesialister. En annen studie viser at sykepleiere er dårlig motiverte og rapporterte lav grad av tilfredshet ved omsorg for pasienter som bruker ulovlige stoffer. Fem studier viste at helsepersonell som hadde arbeidserfaring eller med kontakt med rusmisbrukere rapporterte om mer positive holdninger til denne pasientgruppen. Sykepleiere beskrev omsorgen for disse pasientene som følelsesmessig utfordrende, og potensielt utrygt i en kvalitativ studie. Hindrende faktorer i helsetjenestene for disse pasientene var vold, manipulasjon og dårlig motivasjon. En studie viste at disse pasientene oppfattes som manipulerende, aggressive, uhøflige og dårlig motiverte. Stigma forårsaker mer intolerante vurderinger og holdninger. Helsepersonell manglet tilstrekkelig utdanning, opplæring og støttestrukturer i arbeidet med denne pasientgruppen. Pasienter som opplever diskriminering av helsepersonell og misnøye med behandlingen er mindre tilbøyelige til å fullføre behandlingen. Flere av studiene understreker et behov for opplæring og utdanning av helsepersonell for å utvide kunnskapen, ferdighetene og behandlingen i arbeidet med pasienter med rusmisbrukslidelser.
Konklusjon	Helsepersonells negative holdninger mot pasienter med rusmisbrukslidelse er vanlige og bidrar til en suboptimal helsetjeneste for disse pasientene. Få studier har evaluert konsekvensene av disse negative holdningene.
Relevans for oppgaven	Studien ser på hvordan helsepersonell sine negative holdninger kan påvirke helsetjenesten til pasienter med rusmisbrukslidelser.

Artikkel 6

Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus

Forfatter(e)	Rita Li, Eva Undall, Randi Andenæs og Dagfinn Nåden, 2012
Hensikt med studien	Kartlegge helsepersonells handlinger, kunnskaper og holdninger til opioidavhengige med smerte innlagt i norske sykehus.
Metode	Kvantitativ studie med selvlaget spørreskjema. Spørreskjema besto av 36 spørsmål inndelt i fire bolker; bakgrunnsvariabler, handlinger eller tiltak som kan iverksettes for pasienter med rusmisbruk og smerteproblematikk, helsepersonellet sin kunnskap rundt temaet og holdninger overfor denne pasientgruppen.
Utvalg	Spørreskjema ble delt ut på fire norske sykehus; seks medisinske, tre kirurgiske og tre intensiv- eller anestesivdelinger. Krav til deltagerne var at de var sykepleiere eller leger i fulltids- eller deltidstillinger som har erfaring med rusmisbrukere.
Funn	Kartlegging av pasientens rusmisbruk ble større vektlagt av legene. Sykepleierne vurderte at de hadde lavt til middels kunnskap om smertelindring av opioidavhengige, mens legene vurderte at de hadde høyere kunnskap. Begge yrkesgruppene scoret høyt på kunnskap knyttet opp mot toleranse, og at rusavhengige pasienter trenger større doser opioider for å få smertelindrende effekt. En fjerdedel av respondentene brukte smertekartleggingsverktøy ofte eller ganske ofte. Over 50 % av sykepleierne var enige i påstanden om at opioidavhengige pasienter manipulerer for å få opioider. Holdningene til helsepersonell påvirker hvilken behandling de gir til pasienten. Sykepleierne mente at svært få av legene var positive til smertebehandling av rusmisbrukere. Under 50 % oppga at de erstattet pasientenes daglige bruk av opioider. En tredjedel mente at de erstattet pasientenes daglige bruk av opioider.
Konklusjon	Det er behov for videre studier for å undersøke om opioidavhengige pasienter faktisk får adekvat smertebehandling når de er innlagt i sykehus på grunn av at helsepersonells holdninger synes å trekke pasientens troverdighet i tvil.
Relevans for oppgaven	Studien beskriver helsepersonells holdninger til rusavhengige, og hvilke tiltak som bør iverksettes for å sikre tilstrekkelig smertelindring av pasientene.

4.1 Sammenstilling av hovedfunn

Hovedfunnene fra artiklene peker i retning av tre forskjellige faktorer ved sykepleier som påvirker smertebehandlingen av opioidavhengige pasienter. Disse faktorene er; kunnskap knyttet til smertelindring av opioidavhengige pasienter, holdninger mot disse pasientene og kontekstuelle faktorer som kan påvirke pasientbehandlingen.

Kunnskaper om smertelindring

Smerte hos rusavhengige blir ofte underdiagnostisert (Li et al., 2012, Morley, Briggs og Chumbley, 2015, Krokmyrdal og Andenæs, 2015 og Morgan, 2014)). Flere av studiene viser at helsepersonell oppgir å ha god kunnskap om smerte, rusavhengighet, toleranse og hyperalgesi (Li et al., 2012 og Krokmyrdal og Andenæs, 2015). På den andre siden klarer ikke deltagerne å evaluere grader av smerte, og har ikke tilfredsstillende kunnskap om smertelindring (Li et al., 2012 og Krokmyrdal og Andenæs, 2015). Studier viser at det er manglende samsvar mellom faktisk kunnskap og anvendelse av denne kunnskapen (Li et al., 2012). Studiene viser i tillegg at sykepleierutdanningen gir for lite kunnskap om behandlingen av pasienter med rusmisbruk, og at erfaring med pasientgruppen gir bedre pasientbehandling (van Boekel et al., 2013. Krokmyrdal og Andenæs, 2015, Morgan, 2014 og Morley, Briggs og Chumbley, 2015).

Holdninger og stigmatisering

Negative holdninger fra helsepersonell rettet mot pasienter med rusmisbrukslidelser er vanlig (van Boekel et al., 2013). Studier viser også at sykepleier ofte har stigmatiserende holdninger ovenfor pasientgruppen (van Boekel et al., 2013, Morgan, 2014 og Li et al., 2012). Holdningene til helsepersonell kan påvirke hvilken behandling pasienten mottar (van Boekel et al., 2013 og Li et al., 2012). Felles for studiene er at pasienter med rusmisbrukslidelser oppfattes som manipulerende, vanskelige, aggressive, uhygieniske og utfordrende (Li et al., 2012, Krokmyrdal og Andenæs, 2015, Morley, Briggs og Chumbley, 2015, Morgan, 2014 og van Boekel et al., 2013). Flere av deltagerne i studiene opplever at disse pasientene manipulerer for å få mer opioider, dette benevnes som russøkende atferd (Li et al., 2012, Krokmyrdal og Andenæs, 2015, Morley Briggs og Chumbley, 2015 og Morgan, 2014). Erfaring og videreutdanning gir sykepleiere mer positive holdninger mot pasientgruppen (Morley, Briggs og Chumbley, 2015 og van Boekel et al., 2013).

Kontekstuelle faktorer som kan påvirke pasientbehandlingen.

Lav bemanning og høyt arbeidspress er faktorer som gjør smertelindring av pasienter med ruslidelser vanskelig (Morgan, 2014 og Morley, Briggs og Chumbley, 2015). En annen faktor er relasjonen mellom lege, sykepleier og pasient (Morley, Briggs og Chumbley, 2015, Miller, Eldredge og Dalton, 2017, Morgan, 2014 og Li et al., 2012). Tverrfaglig samarbeid er viktig for å unngå dette (Li et al., 2012).

5.0 DISKUSJON

5.1 Kunnskaper om smertelindring til opioidavhengige

Krokmyrdal og Andenæs (2015) beskriver at opioidavhengige ofte utvikler alvorlige bakterielle infeksjoner, er utsatt for traumer og andre akutte skader. Dette er smertefulle tilstander som kan kreve innleggelse i somatisk sykehus. Det finnes omfattende forskning på smerter og smertelindring, men evidensen som kan bidra til smertelindring til opioidavhengige er begrenset. Utilfredsstillende smertelindring er dog godt dokumentert, og smertene hos opioidavhengige blir ofte underdiagnostisert (Li. et al., 2012). Dette samsvarer med funn gjort av Morley, Briggs og Chumbley(2015). Pasienter med rusmiddelmissbruk har høyere risiko for å oppleve sterk smerte på grunn av deres relaterte lidelser, i hovedsak på grunn av opioid -indusert hyperalgesi, opioidnedtrapping og toleranse, som resulterer i at smerten blir ubehandlet og underbehandlet. Opioidavhengighet bidrar til utviklingen av opioidtoleranse, og fører til at pasienter med opioid – misbruk har behov for større doser av opioider dersom de skal bli tilstrekkelig smertelindret. Krokmyrdal og Andenæs (2015) beskriver også at utilfredsstillende lindring av smerter fører til unødvendig lidelse hos pasienten, og reduserer livskvaliteten. Tidligere funn presenterer at stress fra dårlig smertelindring faktisk kan forsterke en allerede eksisterende avhengighetslidelse. Morgan (2012) beskriver også at smerte påvirker livskvalitet på en negativ måte dersom den blir underbehandlet eller ubehandlet. Denne påvirkningen av negativ livskvalitet kan igjen påvirke tilbakefall hos personer med en rusmisbrukslidelse.

Li et al (2012) har funnet at tidligere studier viser at helsepersonell oppgir gode kunnskaper om temaene rusavhengighet, toleranse og hyperalgesi. På tross av denne antatte kunnskapen får opioidavhengige pasienter ikke mer analgetika enn andre innleggende pasienter. En mulig forklaring på dette er at det kan være manglende samsvar mellom faktisk kunnskap og

anvendelse av denne kunnskapen. I samme studie beskrives det at i de faglige retningslinjer for norske leger framgår at det er helt essensielt å kartlegge bruks – og avhengighetstype for å forebygge abstinenser og gi adekvat smertelindring. I Krokmyrdal og Andenæs (2015) sin studie oppgir majoriteten av deltagerne (79%) at de kan gjenkjenne smerte, og at de har tilfredsstillende nok kunnskap til å bruke opioider som analgetika. Flesteparten av deltagerne oppgir også at de kan evaluere effekten av smertestillende. Derimot oppgir kun 44% av deltagerne at de kan evaluere grader av smerte, og kun 12% oppgir at de har tilfredsstillende kunnskap om smertelindring. I Li et al. (2012) sin datainnsamling tyder også funnene fra deltagerne på at de vurderer sin kunnskap og kompetanse som tilfredsstillende. På kunnskapsspørsmålet om opioidavhengighet gir økt toleranse for opioider svarte 83,5 % riktig, og 70,8 % svarte også riktig på påstanden om at rusmisbrukere trenger større doser opioider for å få effekt. På spørsmålet om langvarig bruk av opioider kan føre til overfølsomhet, svarte derimot nesten halvparten at de ikke visste, imens den andre halvparten av deltagerne var enige i påstanden.

Kunnskap er en av helsepersonells viktigste ressurser. Det å kunne omsette kunnskap til handling er av stor betydning for behandling. Effektiv smertelindring er avhengig av tverrfaglig samarbeid, og sykepleieren har i dette arbeidet en nøkkelrolle på grunn av sin nærhet til pasienten. Studien til Li et al. (2012) har funnet at kun 38% av deltagerne oppga at de kartla pasientene, og at legene gjorde det oftere enn sykepleierne. Forfatterne forklarer sykepleiernes lave grad av kartlegging som at sykepleierne ikke anser dette som sitt ansvarsområde. En annen forklaring kan være at sykepleieren mangler kunnskap om hvordan opioidbruk kan påvirke smerteopplevelsen og smertebehandlingen, og derfor ikke anser kartlegging som relevant. Vurderingen av pasienten bør være basert på god datainnsamling og systematiske observasjoner, og faller innenfor sykepleiers ansvarsområde (Li et al., 2012). Sykepleieren er den som tilbringer mest tid med pasienten, og forsørger medikamenter og andre tiltak som skal igangsettes (Morgan, 2014). Sykepleierens kunnskapsgrunnlag baserer seg på identifisering av grunnleggende behov, og retter sin oppmerksomhet mot den enkeltes reaksjon på det å være syk. Sykepleieren utgjør en viktig funksjon når det kommer til smertebehandling, og et av ansvarsområdene er å lindre pasientens smerter. For å kunne smertelindre på en tilfredsstillende måte er sykepleieren avhengig av å kunne vurdere og kartlegge pasientens smerte ved hjelp av datainnsamling og klinisk observasjon (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). I Miller, Eldredge og Dalton (2017) sin studie oppga mange av deltagerne at de hyppig benyttet seg av

verbal kommunikasjon som et virkemiddel i informasjonssøking om smerter. Smertekartleggingsverktøyene NRS og VAS ble hyppig tatt i bruk for å måle pasientens subjektive smerteintensitet. Ved å benytte seg av disse verktøyene, kunne sykepleierne bruke dette videre for å søke informasjon om smertens lokalisasjon, intensitet og karakter. Dog viser evidens fra studier at bruk av numeriske smerteskalaer ikke forsterker kommunikasjonen om smerte mellom pasient og sykepleier, men er blitt funnet til å være mer effektiv i kommunikasjonen til pasienter med moderate smerter (Miller, Eldredge og Dalton, 2017). Funn fra studien tyder på at pasienter kan føle seg mindre villig til å kommunisere med sykepleiere om smerteintensitet, mulig grunnet frykt for å bry personalet, eller frykt for ikke å bli trodd. Et annet problemområde som ble oppgitt ved bruk av verbal skala var kommunikasjonsproblemer hvor det var vanskelig for pasienten å forstå hvordan smerteskalaen fungerer. Derfor må sykepleieren se på faktorer utenom verbal kommunikasjon, som nonverbal kommunikasjon, uttrykk for smerte og emosjonelt stress. Et antall av deltagerne i studien til Miller, Eldredge og Dalton (2017) presiserte viktigheten av nonverbal oppførsel som fremgangsmåte for å identifisere smerter, ved å observere pasientens ansikt og mimikk. Spesifikt så sykepleierne etter om pasienten myste eller laget grimaser, som kunne tyde på smertepåvirkning. Andre brukte igjen fysiske symptomer og vitalia som markører. Som Danielsen, Berntzen og Almås (2016) også beskriver vil pasienter som er smertepåvirket ofte være stresset. De fysiologiske tegnene vil også vise seg i form av forhøyet blodtrykk, hurtigere puls, hurtigere åndedrett, utvidede pupiller og svetting.

Smerte er en subjektiv, personlig og privat opplevelse, og det er derfor nødvendig med smertekartleggingsverktøy for å sikre en individuell og optimal smertelindring. Bruk av smertekartleggingsverktøy knyttet til smerte og avhengighet vurderes som essensielt for adekvat smertelindring når innlagt i sykehus. Nøyaktig kartlegging kan redusere sjansen for å bli manipulert eller lurt, og forbedre et pasient–sykepleier forhold (Li et. al., 2012). Symptomene som kan oppstå under smertepåvirkning og abstinenser er like, og det kan være vanskelig for sykepleier å skille mellom disse tilstandene. Dersom retningslinjene som er utarbeidet fra legeforeningen blir fulgt, og det basale opioidbehovet blir dekket, kan dette bidra til å gjøre det lettere for sykepleier og skille mellom symptomer som oppstår fra smertepåvirkning og abstinens. Samtidig kan lite kunnskap om hyperalgesi være en medvirkende årsak til at håndteringen av analgetika er lite tilfredsstillende. Morley, Briggs og Chumbley (2015) beskriver i funn fra sin studie at tre av deres deltagere spesifikt diskuterte de

kliniske problemstillingene ved smertelindring til opioidavhengige, som hvordan toleranse påvirker pasientene, og at håndteringen av smertestillende måtte håndteres korrekt. Kun en av deltagerne i studien, en smertespesialist snakket om utfordringene som kunne oppstå med hyperalgesi. Opioid – induisert hyperalgesi er preget av en paradoksal respons der en pasient som får smertebehandling med opioider, blir mer følsomme ovenfor visse smertefulle stimuli, som gjerne kan være akutte smerter. Denne tilstanden er forårsaket av langvarig eksponering for opioider (Lee et al., 2011).

Krokmyrdal og Andenæs (2015) har identifisert at det ikke er kjent hvor sykepleieren har sin kunnskap fra, da en studie viser at de fleste sykepleiere ikke har nok kunnskap om pleien av rusmisbrukere. Helsepersonells nivå av kompetanse kan påvirke smertelindring. Deltagerne i studien oppga erfaring fra arbeidssted og kollegaer som inspirasjon for kunnskap, og oppga samtidig at dette hadde størst innflytelse på deres kompetanse. Kilder som utdanning, kurs, litteratur og informasjonsteknologi ble ansett som lite brukt. Samtidig var kunnskap fra sykepleieutdanningen ikke i bruk i praksis. Lignende funn er gjort i studien til Morgan (2014). En annen studie i artikkelen har dokumentert at de fleste sykepleieutdanninger ikke hadde nok innhold hva gjelder pasienter med en rusmisbrukslidelse. Dårlig forståelse av pasientgruppen påvirker behandlingen på en negativ måte, spesielt hva gjelder smertelindring.

Norsk Sykepleier Forbund (u.å.) deler kunnskapen til sykepleieren inn i teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. Den teoretiske kunnskapen utgjør fundamentet for å forstå, handle og reflektere i pasientsituasjoner. Den praktiske kunnskapen gjelder det å beherske teknikker, metoder og fremgangsmåter som er tilpasset de ulike pasientsituasjonene, og som er av sykepleiefaglig relevans. Erfaringskunnskap er den enkeltes sykepleiers samlede erfaringer, som er ervervet gjennom både livserfaring og yrkespraksis. Van Boekel et al. (2015) har gjort tilsvarende funn, at sykepleierutdanningen består av for lite trening og kunnskap om behandling av pasienter med rusmisbruk. Generelt har helsepersonell for lite kunnskap om rusmisbrukslidelser, og har følelsen av for lite kunnskap og ferdigheter i pasientpleien. I Morley, Briggs og Chumbley (2015) oppga dog noen av deltagerne at erfaring med pasientgruppen gir bedre pasientbehandling. De tre mest erfarne sykepleierne stadfestet at bedre erfaring gir bedre smertelindring. Dette fordi erfaring gir selvtillit nok til å kunne gi større doser opioider, noe som også gjaldt for lenge som forordnet analgetika.

Flere av funnene tyder på at sykepleierutdanningen ikke har nok læringsinnhold relatert til rusmiddelmissbruk og smertebehandling. Vi kan selv relatere til dette, da hyperalgesi blant annet er et begrep vi ikke er blitt introdusert for tidligere. Sykepleierutdanningen består av mange områder og spesialiteter, og det er ikke mulig at man går i dybden på alle temaer som gjennomgås i løpet av studiet. Funnene om at sykepleier har for lite kunnskap om pasientgruppen kan dermed være et resultat av for lite dybde på spesialtemaer i sykepleierutdanningen. Vi anser det som hver enkeltes arbeidsplass sitt ansvar å sørge for at deres arbeidstakere har tilfredsstillende og oppdatert kunnskap om pasienter som er inneliggende på deres avdeling, og at hver enkelt sykepleier også har et ansvar for å holde seg oppdatert kunnskapsmessig vedrørende pasientgruppene de er ansvarlige for. Bruken av smerteskalaer har vi blitt i størst grad introdusert for gjennom praksis i somatiske avdelinger, noe som kan tyde på at de somatiske avdelingene i sykehuset er flinke til å benytte seg av smerteskalaer i arbeidshverdagen. Dette har dog ikke involvert rusmiddelavhengige pasienter, noe som kan tyde på at stigmatisering og holdningsmessige handlinger kan være delaktige grunner.

5.2 Holdninger og stigmatisering

Nåtidens sykepleiere har generelt mer positive holdninger til opioidavhengige pasienter enn de hadde på 1960-tallet, men det fins fremdeles en minoritet av sykepleiere som har negative stereotyper om opioidavhengige pasienter (Morgan, 2014). Artikkelen til van Boekel et al. (2013) på sin side hevder at helsepersonells negative holdninger mot pasienter med rusmiddelforstyrrelser er vanlig, og at dette bidrar til en suboptimal helsetjeneste for disse pasientene. Dette er et viktig emne å ta opp på grunn av at negative holdninger til helsepersonell er en av flere barrierer som hindrer effektiv smertelindring av opioidavhengige pasienter (Morgan, 2014). I studien til Morgan (2014) ga sykepleierne pasientene kun fysisk omsorg og gjorde kun det de måtte. På den måten ser det ikke ut som at sykepleierne i denne studien ga den omsorg som de er pålagt av de yrkesetiske retningslinjene (Sneltvedt, 2016).

Sykepleier kan ha stigmatiserende holdninger ovenfor pasienter med opioidavhengighet. Slike stigmatiserende holdninger har en direkte negativ effekt på helsetjenesten med blant annet økt risiko for behandlingsfeil og økt risiko for tilbakefall av avhengigheten (van Boekel et al., 2013). Ved at sykepleieren stigmatiser pasientene fører dette til at de føler seg reddet, deprimeret, sinte, opprørte og frustrerte. Sykepleiere bruker i tillegg mindre tid med pasientene, lindrer kun

symptomene deres, og snakker lite med pasientene dersom de har stigmatiserende holdninger mot denne pasientgruppen (van Boekel et al., 2013 og Morgan, 2014). Stigmatisering kan være en årsak til at det er lav bruk av smertekartleggingsverktøy hos opioidavhengige pasienter (Li et al., 2012). Stigmatisering av pasienter medfører misnøye blant både pasienter og de sykepleierne som gir de omsorg (Morgan, 2014). Stigmatisering som blir opplevd av pasientene kan føre til for tidlig utskrivning av sykehuset, og/eller at pasientene ikke ønsker å fullføre behandlingen (van Boekel et al., 2013 og Morgan, 2014). En annen årsak til tidlig utskrivning er ikke-optimal smertelindring av disse pasientene (Morgan, 2014 og van Boekel et al., 2013). Litteraturen viser også at fravær av sympati fra sykepleier sin side kan medføre at pasienten gir opp behandlingen (Travelbee, 2001). Studier viser også at stigmatisering forårsaker mer intolerante vurderinger og holdninger (van Boekel et al., 2013). Dette viser dermed at stigmatisering fører til at pasienten ikke får den helsehjelpen som han eller hun har behov og krav på av hjelpeapparatet. Dersom sykepleier baserer behandlingen på sine personlige holdninger vil dette være ett brudd på menneskerettighetene (Ververda, Hansen og Larsen, 2018). Sykepleier kan unngå dette ved å følge lovverk som for eksempel pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og de yrkesetiske retningslinjene.

Manglende kunnskap om smertelindring av opioidavhengige pasienter kan medføre at sykepleier får negative eller stigmatiserende holdninger ovenfor denne pasientgruppen. Negative holdninger kan også medføre at sykepleier ikke ønsker eller forsøker å tilegne seg ny kunnskap for å endre på disse negative/stigmatiserende holdningene ovenfor pasientene sine. Derfor er det særdeles viktig at det arbeides aktivt med å endre negative holdninger hos sykepleiere, selv om dette er en veldig tidkrevende prosess som innebærer mye hardt arbeid (Håkonsen, 2014). Joyce Travelbee (2001) sin teori om menneske-til-menneske-forhold blir viktig i denne settingen, og da spesielt knyttet opp rundt det innledende møtet. Dersom sykepleier går inn i dette møtet med negative holdninger vil sykepleier få ett fordreid førsteinntrykk, som vil få konsekvenser for den videre behandlingen og interaksjonen med pasienten dersom de negative holdningene ikke endres (Travelbee, 2001).

Negative holdninger fra helsepersonell fører til dårlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Det kan i tillegg føre til at fysiske sykdomssymptomet i stedet blir tolket som symptomer på rusmiddelproblemer (van Boekel et al., 2013). Dette er i samsvar med faglitteraturen (Skoglund og Biong, 2012). Studiene til van Boekel et al. (2013) og Li et al.

(2012) viser også at holdningene til helsepersonell kan påvirke hvilken diagnose og behandling pasienten får. Faglitteraturen viser sykepleiers funksjon for å sikre at sykepleier gir pasienten den behandlingen som han har krav på, som er rettferdig og som hjelper pasienten i sin rekonvalesens (NSF, u.å.).

Flere av studiene viser at sykepleierne oppfattet opioidavhengige som manipulerende, vanskelige, aggressive, uhygieniske, generelt utfordrende, dårlig motiverte, overdriver smerteopplevelsen og ikke troverdighet ved beskrivelse av effekten av smertelindringen (Li et al., 2012, Krokmyrdal og Andenæs, 2015, Morley, Briggs og Chumbley, 2015, Morgan, 2014 og van Boekel et al., 2013). Dersom opioidavhengige pasienter ikke får tilstrekkelig smertelindring kan dette medføre at pasientene blir aggressive og vanskelige (Li et al., 2012). Teorien viser også at denne pasientgruppen oppleves som overveldende, og at det er vanskelig å hjelpe disse pasientene (Skoglund og Biong, 2012). En grunn til at pasienter kan oppleves som aggressive finner vi i Travelbee sin teori om mellommenneskelige forhold. Hun mener at pasientene har reaksjoner når de kun blir sett på som en «pasient». Den vanligste reaksjonen er sinne. Frustrasjon, rastløshet, tristhet, depresjon og håpløshet er andre reaksjoner som pasienten kan utvise hvis de kun blir sett på som et objekt eller en arbeidsoppgave. Når sykepleier og pasient begynner å se på hverandre som unike individer har de gått over i fase to i menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 2001). Pasientene ble også sett på som lite medgjørlige fordi de ikke ønsket en forandring (Morley, Briggs og Chumbley, 2015). En studie viser også at sykepleiere har en mer unødvendig tilnærming til pasienter med rusmisbrukslidelser, noe som medfører redusert personlig engasjement og empati, mens en annen studie viser at sykepleiere generelt er mer negative mot pasienter med rusmisbrukslidelser enn andre grupper (van Boekel et al., 2013 og Morgan, 2014). Lav empati viser til at sykepleierne i denne studien ikke var i stand til å se forbi den ytre atferden, og på denne måten kunne de ikke sette seg inn i hva pasienten tenkte og følte på dette tidspunktet. Når empati ikke er tilstede, så er det heller ikke mulig å oppnå gjensidig tillit, forståelse og kontakt (Travelbee, 2001).

Deltakerne i studien til Morley, Briggs og Chumbley (2015) reflekterte over at rusavhengige må behandles som et unikt individ og ved hjelp av en holistisk tilnærming. En holistisk tilnærming gjøre det lettere å behandle rusavhengige pasienter som unike individer (Odland, 2016).

Over 50 % av sykepleierne i studien til Li et al. (2012) var enige i at opioidavhengige pasienter manipulerer for å få mer opioider. Teorien er enig i denne påstanden (Skoglund og Biong, 2016). Dette kan unngås ved blant annet å bruke smertekartleggingsverktøy som eksempelvis visuell analog skala (VAS), visuell numerisk skala (NRS) og ansiktskala (FRS) (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Studien til Krokmyrdal og Andenæs (2015) viser noe av det samme ved at flertallet av deltakerne mente at pasienter med opioidavhengighet overdrev smerten for å få mer smertestillende medikamenter. På den andre siden viste helsepersonell mer positive holdninger knyttet opp mot pasienter som søkte hjelp for avhengigheten sin (Morley, Briggs og Chumbley, 2015). Dersom sykepleier har erfaring fra eller jobber innen psykisk helse, og dermed oftere har kontakt med rusavhengige er de tilbøyelige til å ha mer positive holdninger mot denne pasientgruppen (Morgan, 2014 og van Boekel et al., 2013).

Det blir sett på som russøkende atferd når pasientene har spesifikke forespørsler rundt mengde, dose, og type medikamenter, og heller ikke ønsker noen annen form for smertelindring enn smertestillende medikamenter (Morley, Briggs og Chumbley, 2015 og Morgan, 2014). Dersom pasienten opplever at sykepleier tilstrekkelig klarer å smertelindre de, vil de heller ikke innta rusmidler i skjul (Li et al., 2012). Derfor er tillitsbygging mellom sykepleier og pasient viktig, for på denne måten å kunne oppnå best mulig smertelindring av pasientene. I tillegg er det viktig at sykepleiere har kunnskaper om hva pseudoavhengighet er (American Society of Addiction Medicine, 2001).

Yngre sykepleiere, og sykepleiere med mer utdanning har mer gunstige holdninger mot opioidavhengige pasienter (Morgan, 2014). Andre faktorer som spiller inn på holdningene til sykepleiere mot opioidavhengighet er kulturell bakgrunn, erfaring, personlig oppfattelse av smerte og avhengighet (Morgan, 2014). Van Boekel et al. (2013) hevder at helsepersonell generelt har en negativ holdning mot pasienter med rusmisbrukslidelser. Teorien sier også at kunnskap som sykepleier har tilegnet seg gjennom både livserfaring og yrkespraksis spiller inn på hvilke handlinger og holdninger sykepleier har (NSF, u.å.). Studier viser at mer erfaring gjør sykepleieren tryggere i arbeidet sitt, samt at sykepleiere med videreutdanning er mer positivt innstilt på holdningene sine mot rusavhengige (Morley, Briggs og Chumbley, 2015 og van Boekel et al., 2013).

Erfaring vi har tilegnet oss gjennom praksisperioder i løpet av sykepleierstudiet tilsier at pasienter blir stemplet og stigmatisert på bakgrunn av sine rusmisbrukslidelser allerede i inntakstiden. Dette på grunn av at det blir opplyst i CAVE at pasienten er russøkende, og at det skal gis opioider med forsiktighet. Denne informasjonen er det legene som skriver inn. Dette medfører at vi som sykepleierstudenter og andre sykepleiere kan sette i tvil om pasientens smerter er reelle, eller om de kun er ute etter rusmidler, noe som gir et holdningsproblem. Ved at vi har holdninger om at pasienten er russøkende påvirker dette måten vi møter pasientene på, og det utgangspunktet man setter før man går inn til pasienten. Ved å ha skrevet denne oppgaven har vi tilegnet oss nyttig kunnskap, og kan dermed møte pasientgruppen med et annet utgangspunkt og andre holdninger enn hva andre som møter disse pasientene kan. Denne kunnskapen og lærdommen ønsker vi i størst mulig grad å kunne implementere på våre fremtidige arbeidsplasser dersom dette er relevant. Et slikt bidrag kan om mulig være en bidragsyter til å minske stereotypiske misoppfatninger om opioidavhengige.

5.3 Kontekstuelle faktorer som kan påvirke pasientbehandling

Ytre press og barrierer på arbeidsplassen kan påvirke behandlingen sykepleier gir til pasienter, og særs til pasienter med et rusmiddelmissbruk. Morgan (2014) har funnet at en av de mest sentrale barrierene til god smertelindring er lav bemanning og høyt arbeidspress blant sykepleiere. Deltagerne i studien beskriver også at arbeidspresset er høyt fordi pasientene som oppsøker helsehjelp i dagens samfunn ofte er multimorbide, og har behov for mer omfattende pleie enn tidligere. Dette samsvarer med funn gjort av Morley, Briggs og Chumbley (2015). Pasienter med rusmisbruk blir oppfattet og beskrevet som forlangende, og beskrevet dithen at de krevde ekstra tid og oppmerksomhet, kontra andre pasienter. Dette førte til økt arbeidsmengde hos sykepleieren, så vel som mindre samarbeid blant personalet som var på arbeidsvakten. Deltagerne beskrev at dette arbeidspresset førte til at personalet mistet oversikt over andre kollegaers arbeidsoppgaver, og følte ofte at de ble stående alene. Arbeidspresset ble også beskrevet som forsterket i Morgan (2014) sin studie på grunn av dokumentasjonsplikten, da det å dokumentere relevante tiltak og pleie, førte til at tiden hos pasientene ble mindre prioritert. Sykepleier er dog lovpålagt til dokumentasjonsplikt som ytere av helsehjelp ifølge helsepersonelloven, og må dermed beregne med tid til dokumentasjon i løpet av vekten (Lov om helsepersonell, 1999).

En annen barrierer som står sentralt i smertelindringen av pasienter med rusmiddelmissbruk er relasjonen mellom lege, sykepleier og pasient. I Morley, Briggs og Chumbley (2015) sin studie uttrykker deltagerne frustrasjon over at legene hadde den endelige avgjørelsen hva gjelder foreskrivning av smertestillende, og at sykepleieren ble ansett å ha være i liten grad bidragsdyktig. Dette førte til at sykepleieren følte seg maktesløs, spesielt dersom ordinerte analgetika ikke hadde optimal effekt. Tilsvarende er funnet i studien til Miller, Eldredge og Dalton (2017). I og med at det er legens ansvarsområde å ordinere medikamenter til pasienten, anså deltagerne dette som en barriere for kommunikasjon. Et spesifikt kommunikasjonsproblem ble beskrevet som at sykepleieren ble stående mellom pasient og lege. Pasienten forespeiler behov til sykepleier, som videreformidles til den ansvarlige lege, men ofte ble forespørselen besvart med at legen ikke hadde tid eller interesse for aktuell sak. Dette samsvarer med funn gjort av Morgan (2014), der det blir beskrevet at legene også betvilte pasientens oppriktighet, hvorav sykepleieren måtte argumentere for at pasienten snakket sant. Lignede funn er også gjort av Li et al. (2012), hvor resultatene fra studien viser at svært få av sykepleierne mente at legene var positive til smertebehandling av rusmisbrukere, og at dette handler om i hvilken grad yrkesgruppene er villige til å bruke tid og ressurser ovenfor denne pasientgruppen. Sykepleieren kan oppleve at de står mye alene med pasienten, og at de får mangelfulle forordninger og lite støtte fra legene. Samtidig påpeker Li et al. (2012) også viktigheten av tverrfaglig samarbeid i behandlingen av rusmisbrukere innlagt i sykehus, der sykepleier har både selvstendige og delegerte oppgaver. Leger og sykepleiere har overlappende funksjoner hva gjelder smertelindring, der leger har det medisinskfaglige ansvar og best behandlingskompetanse. Sykepleieren utfører og følger opp legens forordninger. Vurderingen av pasientens behov beror seg på lege og sykepleiers komplementære roller og gjensidig avhengighet. Morley, Briggs og Chumbley (2015) beskriver at forbedring av kommunikasjon mellom lege og sykepleier kan overkomme barrierer som oppstår innenfor smertelindring av rusmisbrukere. Mange av deltakerne i studien anså det som nyttig at legene fikk samme undervisning som dem når det gjaldt smertelindring, med hovedfokus på kommunikasjon med pasienten og tverrfaglig samarbeid for smerteplaner.

5.4 Kildekritikk

Vi ser at flere av studiene er utført i andre land, og dermed kan ikke funn fra disse konkluderes ut fra norsk kultur og lovverk. Vi regner dog med at disse landene også har lover og regler som omhandler hvilke rettigheter pasienter har når de er innlagt i somatiske sykehus, og hvordan sykepleier skal behandle disse pasientene. Dermed har vi valgt å benytte norsk lovverk og yrkesetiske retningslinjer for å drøfte disse rettighetene. Flere av studiene omhandler også rusmisbruk generelt, mens vi har valgt å knytte dette opp mot spesifikt misbruk av opioider. En av artiklene handler ikke om rusmisbruk i det hele tatt, men vi har valgt å ta den med som en ressursartikkel fordi den handler om smerte og smertekartlegging.

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne litteraturstudien var å finne ut hvilke faktorer hos sykepleier som bidrar til at opioidavhengige ikke får adekvat smertelindring når de er innlagt i somatisk sykehus.

Funn gjort i forskningslitteratur og annen litteratur konkluderer med at sykepleiere ikke har tilfredsstillende nok kunnskap om smertelindring til denne pasientgruppen, og at holdninger og stigmatisering er funnet til å bidra til inadekvat smertelindring. Manglende kunnskap hos sykepleier kan ha sammenheng med dårlige holdninger ovenfor pasientgruppen, og kan medføre en uvillighet til å tilegne seg ny kunnskap for å endre på disse negative holdningene. Helsepersonells nivå av kompetanse kan påvirke smertelindring, og tilstrekkelig kunnskap om opioidavhengighet kan derfor bidra til bedre smertelindring.

Bruk av smertekartleggingsverktøy har blitt funnet til å være lite brukt, og ansett som ikke nødvendig, til tross for at studier viser viktigheten og nytten av kartlegging. Funn tyder på at sykepleieren ikke anser kartlegging av pasientens smerte som deres ansvarsområde, dog er et av ansvarsområdene til sykepleier å lindre pasientens smerter, og derfor er kartlegging ved hjelp av datainnsamling og klinisk observasjon helt essensielt. Det er ikke identifisert hvor sykepleier har sine kunnskaper fra, men studier antyder at sykepleiere i hovedsak arbeiderer på et erfaringsbasert grunnlag, istedenfor evidensbasert. Forskning anbefaler å bruke evidensbasert kunnskap.

Funn tyder også på at læringsinnholdet på sykepleierutdanningene ikke har tilstrekkelig innhold om pasienter med rusmisbrukslidelser, og at kunnskap fra sykepleieutdanning var lite i bruk i praksis. Generelt har helsepersonell for lite kunnskap om rusmisbrukslidelser, og har følelsen av for lite kunnskap og ferdigheter i pasientpleien. Erfaring er ansett som den største innflytelse på kompetanse og kunnskap, og spesialistkurs er ansett som et positivt virkemiddel for å forbedre disse områdene. Til tross for dette tyder funn på at kurs om smertelindring og avhengighet blir lite gjennomført.

Vi håper denne oppgaven kan bidra til å belyse problemstillingen, og øke fokuset hos sykepleiere og annet helsepersonell til å forbedre sin kunnskap om smertelindring av opioidavhengige pasienter innlagt i somatisk sykehus.

LITTERATURLISTE

- American Society of Addiction Medicine (2001) *Definitions Related to the Use of Opioids for the Treatment of Pain*. Tilgjengelig fra: <https://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/1opioid-definitions-consensus-2-011.pdf> (hentet 11.mars. 2019)
- Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. 3. edition. Open Press University.
- Brinchmann, B.S. (2016) *Etikk i sykepleien*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Circino, E. (2017) *Pain Scale*. Tilgjengelig fra: <https://www.healthline.com/health/pain-scale#types> (Hentet 30.april 2019)
- Danielsen, A., Berntzen, H. og Almås, H. (2016) Sykepleie ved smerter, i Stubberud, D. G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 381-427.
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving* 6.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS,
- FHI (2018) *Narkotikautløste dødsfall i Norge i 2016*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautlostedodsfall-i-norge-i-2016/> (Hentet 02. mars 2019).
- Helsedirektoratet (2016) *Om opioider og deres virkning*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler/seksjon?Tittel=om-opioider-og-deres-10287> (Hentet 02. mars 2019).
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet 30. april 2019).
- Holter, I.M (2015) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E.K og Holter, I.M (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 107-118.
- Håkonsen, K. M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. Utg. 5. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Karoliussen, M. (2011) *Nightingales arv – ny forståelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier – analyse og vurdering*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Krokmyrdal, K.A. og Andenæs, R. (2015) Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study, *Nurse education today*, 35(6), s. 789-794. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>
- Lee, M., Silverman, S., Hansen, H., Patel, V., og Manchikanti L. A (2011) Comprehensive Review of Opioid-Induced Hyperalgesia. *Pain Physician*. 14, s. 145-161. Tilgjengelig fra:

https://pdfs.semanticscholar.org/f75e/10143b27f16ed8578686f73793f7b2c85358.pdf%20?_ga=2.198015276.2054056157.1552327335-695948635.1552327335 (Hentet 11.mars 2019).

Li, R., Undall, E., Andenæs, R. og Nåden, D. (2012) Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus, *Sykepleien forskning*, 7(3), s. 252-260. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/smertebehandling-av-rusmisbrukere-innlagt-i-sykehus> (Hentet 01.04.2019).

Meld. St. 30 (2011-2012) (2012) *En helhetlig rusmiddelpolitikk*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

McCaffery, M. Og Beebe, A. (2007) *Smerter – lærebok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Miller, L.E, Eldrede, S.A og Dalton, E.D. (2017) «Pain is what the patient says it is”: Nurse-patient communication, information seeking, and Pain Management, *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 34(10), s. 966-976. Doi:<https://doi.org/10.1177/1049909116661815>

Morgan, B. (2014) Nursing attitudes towards patients with substance use disorders in pain, *Pain Management Nursing*, 15(1), s. 165-175. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004>

Morley, G., Briggs, E. og Cumbley, G. (2015) Nurses' experience of patients with substance-use disorder in pain: A phenomenological study, *Pain Management Nursing*, 16(5), s. 701-711. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>

Mørland J. og Waal H. (2016) *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget

Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Hentet 11.Mars 2019).

Norsk sykepleier forbund (u.å.) *Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/17036/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag> (Hentet 11. Mars 2019).

Odland, L.H. (2016) Menneskesyn, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet 30. april 2019).

Rotegård, A.K, Solhaug, M. og Grov, E.K (2016) Sykepleierens arbeids – og beslutningsprosess, i Grov, E.K og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 244-270.

Rustøen, T. (2001) *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Skoglund, A. og Biong, S. (2012) Sykepleie til personer med opioidavhengighet innlagt i somatisk sykehus. I Biong, S. og Ytrehus, S. (red). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS, s. 186-201.
- Sneltvedt, T. (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 97-113.
- Thidemann, I. J. (2015) Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001) Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Van Boekel, L.C., Brouwers, E.P.M., van Weegel, J. og Garretsen, H.F.L. (2013) Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery, *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), s. 23-35. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>.
- Ververda, J., Hansen, O. og Larsen, C. (2018) *Rusmiddelavhengighet: Sykepleiers holdninger påvirker smertebehandling*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/05/rusmiddelavhengighet-sykepleieres-holdninger-pavirker-smertebehandling> (Hentet 28.04.2018).
- Winger, A. og Leegaard, M. (2016) Smerter, i Heggstad, A. K. T. og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 172-197.
- World Health Organization (2019) *Lexicon of alcohol and drug terms*. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/# (Hentet 26. februar 2019).
- Wong – Baker FACES (2016) *Pain Rating Scale*. Tilgjengelig fra: <https://wongbakerfaces.org> (Hentet 30.april 2019).
- Ytrehus, S. (2012), Familiens situasjon. I Biong, S. og Ytrehus, S. (red). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe AS, s. 219-239.

Vedlegg 1

Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain.

Pain Management Nursing (2014)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Pain management	Medline	1	20 778
Substance-related disorders		2	152 683
Hospitals		3	141 099
		1+2	549
		1+2+3	16

Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction.

NurseEducationToday (2015)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Opioid – related disorders OR substance- related disorders	Medline	1	152 836
Pain management OR acute pain		2	22 073
Health knowledge, attitudes, practice		3	92 750
		1+2	581
		1+2+3	11

Nurses' Experiences of Patients with Substance – Use Disorder in Pain.

Pain Management Nursing (2015)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Pain Management	Medline	1	20 778
Substance-related disorders		2	152 683
Attitude of health personnel		3	120 690
Nurse-patient relations		4	21 581
		1+2	549
		1+2+3	32
		1+2+3+4	3

«Pain Is What the Patient Says It Is» Nurse – Patient Communication, Information, Seeking, and Pain Management. American Journal of Hospice & Palliative Medicine (2017)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Pain management	Medline	1	20 883
Nurse – patient relations		2	21 591
Substance related disorders		3	152 836
		1+2+3	10

Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery. Drug & Alcohol Dependence (2013)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Substance use disorders	Cinahl	1	140 239
Stigma		2	12 490
Health professionals		3	30 032
		1+2	1 028
		1+2+3	20

Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. Sykepleien forskning (2012)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Smertebehandling	Swemed+	1	276
Rusmisbrukere		2	15
Limited, «peer reviewed»		1+2	1

Vedlegg 2

NRS, Visuell numerisk skala. (Circino, 2017)



Vedlegg 3

VAS, Visuell analog skala. (Circino, 2017)



Vedlegg 4

FRS, Ansiktsskala (Wong Baker Faces, 2016)

